

Journal für

Gynäkologische Endokrinologie

Gynäkologie • Kontrazeption • Menopause • Reproduktionsmedizin

Interview mit Prof. Dr. Johannes Bitzer

Journal für Gynäkologische Endokrinologie 2010; 4 (4)

(Ausgabe für Schweiz), 53-54

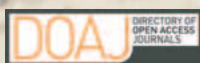
Offizielles Organ der Österreichischen
IVF-Gesellschaft

Offizielles Organ der Österreichischen
Menopause-Gesellschaft

Indexed in EMBASE/Scopus/Excerpta Medica

www.kup.at/gynaekologie

Member of the



Homepage:

www.kup.at/gynaekologie

Online-Datenbank mit
Autoren- und Stichwortsuche

Krause & Pachernegg GmbH · VERLAG für MEDIZIN und WIRTSCHAFT · A-3003 Gablitz

P. h. b. GZ072007636M · Verlagspostamt: 3002 Purkersdorf · Erscheinungsort: 3003 Gablitz

Unsere Räucherkegel fertigen wir aus den feinsten **Kräutern** und **Hölzern**, vermischt mit dem wohlriechenden **Harz** der **Schwarzföhre**, ihrem »Pech«. Vieles sammeln wir wild in den Wiesen und Wäldern unseres **Bio-Bauernhofes** am Fuß der Hohen Wand, manches bauen wir eigens an. Für unsere Räucherkegel verwenden wir reine **Holzkohle** aus traditioneller österreichischer Köhlerlei.

*»Eure Räucherkegel sind einfach wunderbar.
Bessere Räucherkegel als Eure sind mir nicht bekannt.«*
– Wolf-Dieter Storl

synthetische
OHNE
Zusätze

Waldweihrauch

*»Feines Räucherwerk
aus dem **Schneeberg**«*
L A N D



www.waldweihrauch.at

Interview mit
Prof. Dr. Johannes Bitzer*

Die östrogenfreie ovulationshemmende Pille – eine Alternative für viele Frauen

Prof. Dr. Johannes Bitzer



Die östrogenfreie ovulationshemmende Pille (Cerazette®) ist in den vergangenen 10 Jahren insbesondere als zuverlässige Stillpille verschrieben worden. Die WHO empfiehlt die östrogenfreie Verhütung auch für Frauen, die zum Beispiel rauchen oder an menstrueller Migräne leiden. Weshalb dies so ist, und welche Vor- und Nachteile die Verhütung mit der östrogenfreien ovulationshemmenden Pille mit sich bringt, zeigt Dr. Johannes Bitzer im folgenden Interview auf.

Herr Dr. Bitzer, warum ist die östrogenfreie ovulationshemmende Pille insbesondere für stillende Frauen geeignet? Welche Erfahrungen haben Sie persönlich mit Patientinnen gemacht, welche die östrogenfreie Pille in der Stillzeit benutzen?

Herr Dr. Bitzer, warum ist die östrogenfreie ovulationshemmende Pille insbesondere für stillende Frauen geeignet? Welche Erfahrungen haben Sie persönlich mit Patientinnen gemacht, welche die östrogenfreie Pille in der Stillzeit benutzen?

Die östrogenfreie Pille ist aus mehreren Gründen für stillende Frauen besonders geeignet: Zum einen beeinträchtigt diese Pille, anders als östrogenhaltige Kontrazeptiva, nicht die Milchproduktion. Das heisst, die biologischen Prozesse des Stillens werden nicht negativ beeinflusst. Zum anderen konnte gezeigt werden, dass der Übergang auf das neugeborene Kind nur in geringsten Mengen stattfindet, wobei keine nachteiligen Folgen für das Neugeborene beobachtet wurden. Ein dritter Aspekt, der besonders unmittelbar nach der Geburt eine Rolle spielt, ist die Tatsache, dass die östrogenfreie Pille kein erhöhtes Thromboserisiko mit sich bringt. Dies muss im Zusammenhang mit dem generell erhöhten Risiko nach der Geburt gesehen und bewertet werden.

Früher wurden oft Minipillen an stillende Frauen verschrieben. Was sind die Vor-

teile der östrogenfreien ovulationshemmenden Pille gegenüber den Minipillen?

Bei den vorangegangenen Minipillen handelt es sich um Präparate, deren kontrazeptive Wirkung ausschliesslich auf der Veränderung des Zervixschleims beruhte. Diese Präparate hatten keine ovulationshemmende Wirkung und mussten sehr regelmässig, das heisst jeden Tag möglichst zur gleichen Uhrzeit, eingenommen werden. Die östrogenfreie Pille hat neben der zervixschleimverändernden Wirkung – also der Hemmung der Penetration von Spermien durch das Gestagen – zusätzlich einen ovulationshemmenden Effekt. Damit ist die Verhütungseffizienz den Minipillen deutlich überlegen. Ausserdem muss die moderne östrogenfreie Pille nicht so streng zur gleichen Zeit eingenommen werden. Dies ist besonders wichtig für Frauen, die in der ersten postpartalen Zeit vielen Belastungen ausgesetzt sind.

Häufig wechseln Frauen nach der Stillzeit auf ein anderes, meist kombiniertes Präparat. Die östrogenfreie ovulationshemmende Pille wirkt wie kombinierte Pillen. Aufgrund ihrer ovulationshemmenden Wirkung ist sie ebenfalls zu 99% zuverlässig und erlaubt ein Einnahmefenster von 12 Stunden. Liesse sich diese östrogenfreie Pille nach der Stillzeit nicht auch weiterhin verwenden und damit ein für den Körper stressvoller Wechsel des Präparats vermeiden?

Dies ist absolut möglich und kann auch durchgeführt werden. Die Frauen sollten aufgeklärt werden, dass bei der Weiterführung der Kontrazeption mit der östrogenfreien Pille die Periode eventuell nicht einsetzt oder es zu unregelmässigen Blutungen kommen kann. Der Wechsel auf ein Kombinationspräparat wird in der Regel gut vertragen und stellt bei gesunden Frauen keinen besonderen Stress dar.

2009 hat die WHO die 4. überarbeitete Version ihrer Richtlinien im Bereich Kontrazeption herausgegeben und das Aktionsfeld von östrogenfreien Gestagenpillen erweitert. Gemäss den Empfehlungen können nicht nur stillende Frauen, sondern z. B. auch Frauen mit menstrueller Migräne oder Kopfschmerzen von Pillen ohne Östrogen profitieren. Was sind die Gründe?

In den vergangenen Jahren wurden einige Studien zu den „non-contraceptive

health benefits“ der gestagenen Kontrazeption durchgeführt. Man fand dabei neben der kontrazeptiven Wirkung günstige Einflüsse auf die menstruelle Migräne oder auch Kopfschmerzen, die in Zusammenhang mit der Einnahme östrogenhaltiger Präparate auftreten können. Die Gründe dafür liegen wohl in der Suppression von Schwankungen sowohl der endogenen als auch der exogenen Östrogenspiegel. Aufgrund dieser Studien wurden auch die Sicherheitsaspekte der östrogenfreien Pille im Hinblick auf migräneartige Kopfschmerzen neu bewertet. Dies im Sinne einer Unbedenklichkeit der Anwendung.

Auch Raucherinnen, Frauen mit Übergewicht und Frauen > 35 Jahre wird gemäss WHO eine östrogenfreie Verhütung nahegelegt. Warum?

Man muss bei Raucherinnen, Frauen mit Übergewicht und Frauen > 35 Jahre differenzieren. Das Rauchen allein stellt insbesondere einen arteriellen Risikofaktor dar, der besonders ins Gewicht fällt, wenn die Raucherin > 35 Jahre ist. Bei diesen Frauen sollten keine kombinierten Präparate eingesetzt, sondern auf rein gestagenhaltige Verhütungspräparate umgestellt werden. Bei Frauen mit Übergewicht muss ebenfalls differenziert werden, und zwar in Hinblick auf das Ausmass des Übergewichts. Bei BMI > 35 sind östrogenhaltige Kontrazeptiva kontraindiziert und auch hier findet sich eine Indikation für die östrogenfreie gestagenhaltige Verhütung. Das Alter selbst gilt beim Fehlen sonstiger Risikofaktoren nicht als Kontraindikation für eine östrogenhaltige Kontrazeption. Allerdings sollte bei Frauen > 35, die rauchen oder übergewichtig sind oder zusätzliche kardiovaskuläre Risikofaktoren haben, von der Einnahme östrogenhaltiger Kontrazeptiva abgeraten werden. Dies aufgrund erhöhter Risiken sowohl auf der venösen Seite – d. h. eine thromboembolische Erkrankung – als auch auf der arteriellen Seite bei einem Myokardinfarkt oder Schlaganfall. Bei diesen Frauen können reine Gestagenpräparate – wozu auch der östrogenfreie Ovulationshemmer zählt – angewandt werden.

Viele Frauen haben heutzutage grundsätzliche Bedenken gegenüber der Einnahme von östrogenhaltigen Verhütungsmitteln, weil sie aufgrund ihrer Familiengeschichte z. B. Angst vor einer

* Prof. Dr. med. Johannes Bitzer, FMH für Gynäkologie und Geburtshilfe, Leiter der Abteilung für Gynäkologische Sozialmedizin und Psychosomatik, Universitäts-spital Basel

Brustkrebserkrankung oder einem Schlaganfall haben. Was raten Sie diesen Frauen?

Grundsätzlich ist zu sagen, dass eine familiäre Brustkrebserkrankung keine Kontraindikation gegen die Einnahme östrogenhaltiger Verhütungsmittel darstellt. Das Gleiche gilt bei einer Familienanamnese bezüglich Schlaganfall eines Familienmitgliedes im höheren Alter. Wenn die Frauen allerdings von sich aus Ängste hegen und Bedenken äussern, sollte ihnen, wie übrigens allen anderen Frauen auch, die Alternativen östrogenfreier wie auch nicht-hormoneller Kontrazeption dargelegt und angeboten werden.

Ein Kritikpunkt der Fachleute an östrogenfreien Pillen ist das unregelmässige Blutungsmuster, das meist in den ersten 3 Monaten auftritt. Warum kommt es zu solchen Unregelmässigkeiten? Können diese mit der Zeit nachlassen?

Man unterscheidet 2 Mechanismen, die zu Gebärmutterblutungen bzw. Blutungen aus dem Endometrium führen können. Dieser klassische Mechanismus liegt bei der Menstruation vor. Hier kommt es durch den Abfall insbesondere des Progesterons aber auch des Östrogens zu einer so genannten Hormonentzugsblutung. Der zweite Mechanismus wird als Durchbruchblutung bezeichnet. Hier wird das Endometrium unregelmässig aufgebaut und da kein eigentlicher Hormonabfall eintritt, wird ein Proliferationsstadium erreicht, bei welchem die Stabilität des Endometriums nicht aufrecht erhalten werden kann: Es lösen sich

an verschiedenen Stellen Schleimhautteile ab und es treten Blutungen aus Gefässen auf. Bei der östrogenfreien Pille ist es nun so, dass durch die ununterbrochene Einnahme von einem Gestagen keine eigentliche Hormonentzugsblutung ermöglicht wird. Bleibt die endogene Östrogenbildung weiter bestehen, kommt es zu Umwandlungen, die keinem unbedingt vorhersehbaren Rhythmus folgen. Nach längerer Einnahme kommt es dann allerdings häufig dazu, dass keine Blutungen mehr auftreten, was von den meisten Frauen als positiv bewertet wird.

Trotz dieser allfälligen Zwischenblutungen waren in 2007 ausgewerteten Studien 85 % der Probandinnen aufgrund der hohen Zuverlässigkeit und der ausbleibenden östrogenbedingten Nebenwirkungen von der östrogenfreien ovulationshemmenden Pille überzeugt. Sie entschieden sich dazu, diese auch nach der Studie weiterhin zu verwenden. Wurden bisher die Unannehmlichkeiten von östrogenbedingten Beschwerden unterschätzt?

Das glaube ich nicht. Seit vielen Jahren wissen wir, dass es keine ideale Pille gibt und dass die Verträglichkeit von Präparaten auch sehr stark von der individuellen Reaktionsbereitschaft auf Steroidhormone abhängt. Meiner Meinung nach ist es deshalb besonders wichtig, dass Ärzte eine gründliche Ausbildung in kontrazeptiver Beratung erhalten, über die Zusammensetzungen und die Partialwirkungen aller Präparate gut Bescheid wissen und zusammen mit ihren Patientinnen eine massgeschneiderte Kontrazeption finden können.

Das Gespräch führte Nadine Perego.

Literatur:

- Ahrendt HJ, Karck U, Pichl T, et al. The effects of an oestrogen-free, desogestrel-containing oral contraceptive in women with cyclical symptoms: results from two studies on oestrogen-related symptoms and dysmenorrhoea. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2007; 12: 354–61.
- Collaborative Study Group on the Desogestrel-containing Progestogen-only Pill: A double-blind study comparing the contraceptive efficacy, acceptability and safety of two progestogen-only pills containing desogestrel 75 micrograms/day or levonorgestrel 30 micrograms/day. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 1998; 3: 169–78.
- Fachinformation Cerazette®, Arzneimittel-Kompendium der Schweiz, Documed, 2009.
- Gold M, Johnson L. Intrauterine device and adolescents. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2008; 20: 464–9.
- Korver T, Klipping C, Heger-Mahn D, et al. Maintenance of ovulation inhibition with the 75-microg desogestrel-only contraceptive pill (Cerazette) after scheduled 12-h delays in tablet intake. *Contraception* 2005; 71: 8–13.
- Rapkin AJ, Mikacich JA. Premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder in adolescents. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2008; 20: 455–63.
- Rice CF, Killick SR. A comparison of the inhibition of ovulation achieved by desogestrel 75 micrograms and levonorgestrel 30 micrograms daily. *Hum Reprod* 1999; 14: 982–5.
- Rice C, Killick S, Hickling D, et al. Ovarian activity and vaginal bleeding patterns with a desogestrel-only preparation at three different doses. *Hum Reprod* 1996; 11: 737–40.
- Silber TJ, Valadez-Meltzer A. Premenstrual dysphoric disorder in adolescents: case reports of treatment with fluoxetine and review of the literature. *J Adolesc Health* 2005; 37: 518–25.
- Vichnin M, Freeman E. Premenstrual syndrome (PMS) in adolescents: severity and impairment. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2006; 19: 397–402.
- World Health Organization. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use. 4th ed. Geneva, Switzerland, World Health Organization, 2009 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241563888_eng.pdf)

Weitere Information:

Essex Chemie AG
 CH-6000 Luzern
 Weystrasse 20
 Tel.: +41 (0)41 418 16 16
 E-Mail: info@essex.ch

CER-2010-CH-1938-PA

Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere zeitschriftenübergreifende Datenbank

[Bilddatenbank](#)

[Artikeldatenbank](#)

[Fallberichte](#)

e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

[Bestellung e-Journal-Abo](#)

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

[Impressum](#)

[Disclaimers & Copyright](#)

[Datenschutzerklärung](#)